

CYSTOCELE : ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DANS LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

Coulibaly Y**, Ouattara Z*, Konate M**, Sanogo M*, Sinayogo B*, Ouattara K*.

*Service d'urologie du CHU Gabriel Touré ;

** Service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré, Mali BP 267 Bamako, Mali

Correspondance : Dr COULIBALY Y, chirurgien pédiatre au CHU Gabriel Touré, BP : 267

TEL : 00 223 66 69 01 89

Email : coulibalyvacak@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Déterminer les facteurs étiologiques et analyser les résultats de notre traitement chirurgical. **Patients et Méthodes** : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} Octobre 2005 au 31 Mars 2007 menée chez toutes les femmes ayant consulté au service d'urologie pour troubles mictionnels dus à une cystocèle. **Résultats** : La fréquence hospitalière des cystocèles a été de 3,54%. L'âge moyen de nos patientes a été de 48 ans. Dans les antécédents des patientes un accouchement dystocique a été noté dans 7 cas (43,75%), une macrosomie fœtale dans 7 cas (43,75%), une constipation chronique dans 1 cas (6,25%) et 4 patientes (25%) étaient en ménopause. Pour la parité 10 patientes étaient grandes multipares (62,5%), 3 étaient multipares (18,75%), 2 étaient paucipares (12,5%) et 1 était nullipare. La cystocèle a été classée : 1^{er} degré chez 3 patientes (18,75%), 2^{ème} degré chez 9 patientes (56,25%) et 3^{ème} degré chez 4 autres (25%). La plastie antérieure de la paroi vaginale a été faite chez 11 patientes (68,75%) et la plastie antérieure et postérieure de la paroi vaginale chez 5 patientes (31,25%). Après 6 mois 62,5% des patients avaient un bon résultat anatomique et 68,75% un bon résultat fonctionnel. Le résultat anatomique était mauvais dans 6,25%. La cystocèle est fréquente au Mali chez les femmes jeunes. Elle est le plus souvent liée aux séquelles traumatiques obstétricales. Un diagnostic et une prise en charge rapide amélioreront le pronostic.

Mots clés : cystocèle, étiologies, traitement, Mali

ABSTRACT

Aims: Determine the aetiological factors and evaluate the result of our surgical treatment. **Patients and Methods** : It was about a prospective study done from October 1st 2005 to March 31,2007 on all women seen for urinary discomfort in whom cystocele have been found. **Results**: The hospital frequency of cystocele has been 3.54%. The mean age of our patients has been 48 years. In the patient history dystocic delivery have been found in 7 cases (43.75%), foetal macrosomia in 7 cases, chronic constipation in 1 case (6.25%) and 4 patients were menopausal. For the parity 10 patients were big multi pares, 3 were multi pares (18.75%), 2 were pauci pares (12.5%) and 1 were nullius pare. Cystocele were classed 1st degree in 3 patients, 2nd degree in 9 patients (56.25%) and 3rd degree in 4 others (25%). Anterior plasty of the vaginal wall was done in 11 patients (68.75%) and anterior and posterior plasty of the vaginal wall in 5 patients (31.25%). After 6 months, 62.5% of patients have a good anatomic result and 68.75% a good functional result. Anatomic results were bad in 6.25%. Cystocele is frequent in young women in Mali. It is often related to obstetrical trauma. A rapid diagnosis and care will improve the prognosis.

Keys words: cystocele, aetiology, treatment, Mali

INTRODUCTION

La cystocèle est une hernie de la vessie à travers la paroi du vagin [1]. Chez la femme, elle constitue avec l'incontinence urinaire l'un des motifs les plus fréquents de consultation en urologie. Selon Musset et Poitou [2] elles représenteraient 3% de l'ensemble des consultations.

Le diagnostic est cliniquement facile et ne nécessite pas d'examen complémentaire.

Le traitement chirurgical est souvent complexe [3]. Vu souvent l'âge jeune des patientes l'attitude thérapeutique à prendre pour préserver une vie sexuelle normale et le désir de grossesse se pose.

Au Mali la fréquence des interventions pour cystocèle nous a incité à mener cette étude en vue de déterminer les facteurs étiologiques et

d'évaluer les résultats de notre traitement chirurgical.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} Octobre 2005 au 31 Mars 2007 menée chez toutes les femmes ayant consulté au service d'urologie pour troubles mictionnels dus à une cystocèle.

Le recueil des données a été fait à partir des dossiers, des registres de comptes rendus opératoires et d'hospitalisation des patientes. La plastie vaginale a été notre méthode thérapeutique.

Les résultats du traitement chirurgical ont été jugés ainsi :

Resultats anatomiques

- Bon : réduction de tous les éléments du prolapsus après intervention.

- Moyen : récurrence d'un élément du prolapsus (léger déroulement à l'effort des parois du vagin).

- Mauvais : récurrence de la cystocèle.

Résultats fonctionnels :

- Bon : aucune plainte.

- Moyen : amélioration de la plainte fonctionnelle (petits troubles urinaires persistants ou dyspareunie).

- Mauvais : absence d'amélioration, plainte d'origine iatrogène.

Le traitement et l'analyse des données ont été faits sur le logiciel Epi info 6-4.

RESULTATS

Pendant la période d'étude 452 patients ont été opérés dans le service d'urologie dont 16 cas de cystocèle. Ce qui a représenté 3,54% de notre activité chirurgicale.

L'âge moyen de nos patientes a été de 48 ans avec des extrêmes de 20 et de 78 ans. Les tranches d'âge de 25-30 ans et de 55-70 ans ont été les plus fréquentes avec 25% chacune.

Dans les antécédents un accouchement dystocique a été noté dans 7 cas (43,75%), une macrosomie fœtale dans 7 cas (43,75%), une constipation chronique dans 1 cas (6,25%) et 4 patientes (25%) étaient en ménopause. Pour la parité 10 patientes étaient grandes multipares (62,5%), 3 étaient multipares (18,75%), 2 étaient paucipares (12,5%) et 1 était nullipare.

Dans les motifs de consultations une incontinence urinaire d'effort a été notée chez 14 malades (87,5%), la tuméfaction de la vulve et la pollakiurie dans 13 cas (81,25%) chacune, la gêne à la défécation dans 12 cas (75%), l'impression de perte d'organe dans 9 cas (56,25%) et la dyspareunie dans 8 cas (50%). Plusieurs symptômes ont été souvent retrouvés chez la même patiente.

A l'interrogatoire l'incontinence urinaire a été notée chez 14 patientes (87,5%), la rétention aigue d'urine chez 3 malades (18,75%), la douleur pelvienne chez 2 (12,5%) et le prurit vulvaire chez 2 autres (12,5%).

Une échographie abdominale et une uréthrocystographie rétrograde ont été réalisées respectivement chez 9 patientes. La cystocèle a été classée : 1^{er} degré chez 3 patientes (18,75%), 2^{ème} degré chez 9 patientes (56,25%) et 3^{ème} degré chez 4 autres (25%). Une comparaison entre l'âge et le degré de la cystocèle a trouvé $\chi^2=2,975$ et $P=0,5620$. Celle entre la parité et le degré de cystocèle a trouvé $\chi^2=2,607$ et $P=0,8563$.

La plastie antérieure de la paroi vaginale a été faite chez 11 patients (68,75%) et la plastie antérieure et postérieure de cette paroi chez 5 patients (31,25%). Une sonde urinaire a été mise en place pendant une durée moyenne de 4,2 jours. Une antibioprophylaxie à base de ceftriaxone 2g/j a été instituée pendant la durée du port de la sonde urinaire. Après la

chirurgie une hémorragie post opératoire est apparue chez 6 patientes (37,5%), une infection chez 3 (18,75%) et un oedème périnéal chez 1 patiente.

Après 6 mois d'évolution les résultats anatomiques ont été jugés : bons dans 10 cas (62,5%), moyens dans 5 cas (31,25%), mauvais dans 1 cas. Les résultats fonctionnels ont été jugés : bons dans 11 cas (68,75%), moyens dans 3 cas (18,75%) et mauvais dans 2 cas (12,5%). Une comparaison entre le type de plastie et les résultats anatomiques a trouvé $\chi^2=0,640$ et $P=0,7261$

DISCUSSION

La cystocèle est une affection dont la fréquence varie d'un pays à l'autre. Ainsi en 17 mois nous avons trouvé une fréquence hospitalière de 3,54%. Ce taux est proche de celui de Thimoté [4] qui a été de 2,4% en 5 ans. L'incidence du prolapsus au sein de la jeune population féminine est élevée dans les pays en développement.

L'âge moyen de nos patientes a été de 48 ans. Il est supérieur à celui de Sidibé [5] qui avait trouvé 36,8 ans. Ce constat nous amène à dire que la cystocèle reste une pathologie des sujets jeunes.

Les symptômes motivant la consultation sont très divers. L'incontinence urinaire d'effort a été le symptôme le plus fréquent dans notre étude avec 87,5% des cas suivie de la tuméfaction de la vulve et la pollakiurie dans 81,25% chacune. Dans le pavillon de Paul Gellé à Roubaix en France [6] l'incontinence urinaire d'effort a été retrouvée chez 48% des patientes suivie de l'impression de perte d'organe dans 31,2% et de la pollakiurie dans 23,1%.

La cystocèle résulte de la défaillance à divers degrés des structures pelvi-périnéales de maintien et de soutien. Les facteurs constitutionnels peuvent être des anomalies congénitales (profondeur du Douglas) rendant compte des rares cystocèles chez la vierge et la nullipare, ou obstétricales (multiparité, accouchements difficiles, déchirure périnéale), mais aussi des modifications trophiques de la ménopause [7,8,9,10]. Dans notre étude 37,5% d'accouchements difficiles ont été notés avec 43,75% d'antécédents de gros fœtus. Un antécédent de gros fœtus a été retrouvé dans les taux de 42,9% au pavillon Paul Gellé. Vingt cinq pourcent de nos patientes étaient en ménopause. Ce taux est inférieur à ceux des séries ivoirienne [11] et mexicaine [12] où 80% des patientes étaient en ménopause. Cette différence s'expliquerait par le type de recrutement des malades.

L'association d'un traumatisme obstétrical, même mineur, peut aggraver une anomalie de la statique pelvienne. L'accouchement est déterminant dans la survenue d'une cystocèle. Il provoque des elongations ligamentaires, des déchirures musculaires, un laminage du centre tendineux du périnée, des dénervations des muscles pelviens et une elongation et dénervation des sphincters. Dans la ménopause les fascias et les ligaments ainsi que les muscles de la paroi

vaginale s'atrophient sous l'effet de la carence oestrogénique, l'obésité et la carence nutritionnelle [10,12]. La parité moyenne de nos malades a été de 4 accouchements et 62,5% étaient des grandes multipares. Six virgule vingt cinq pourcent de nos patientes étaient des nullipares contre 3,4% dans l'étude menée au pavillon Paul Gellé à Roubaix.

La sensation de perte d'organe, la gêne, la pesanteur pelvienne et à l'extrême l'extériorisation d'un prolapsus sont les signes physiques. La tuméfaction orificielle qui soulève parfois le fantasme de cancer peut être l'unique symptôme. Elle est permanente et favorisée par l'effort ou la fatigue, n'apparaissant qu'en cours de journée [6]. Dans notre étude les signes urinaires ont été les plus dominants dans 87,5% et la rétention aigue d'urine dans 18,75%.

Notre service ne dispose pas de colpocystogramme ni de système d'épreuve urodynamique. L'échographie et l'urethrocytographie rétrograde ont été chez 56,25 % bien que le diagnostic de la cystocèle soit clinique.

La cystocèle a été classée en majorité de 2^{ème} dans notre série et dans celle de Thimoté. Ceci peut s'expliquer par le retard à la consultation dans notre série. Le degré n'a pas été ni fonction de l'âge ($P>0,05$), ni de la parité des patientes ($P>0,05$).

Le traitement des cystocèles comporte 3 volets : le traitement non opératoire, la chirurgie par voie basse et la chirurgie par voie haute. Les objectifs du traitement sont de corriger les troubles, de prévenir les récurrences et d'éviter les complications. Lorsque la chirurgie est choisie elle doit en un seul temps soigner l'étage postérieur, moyen et antérieur et respecter ou établir la continence urinaire, en maintenant chaque fois que nécessaire la perméabilité vaginale en soignant au besoin les lésions associées de l'appareil génital [14]. Le diagnostic tardif, le degré de la gêne fonctionnelle, le manque de spécialiste de kinésithérapie périnéale, de système d'électrostimulation fonctionnelle des muscles élévateurs ou de pessaire ont motivé la cure chirurgicale dans notre série. La plastie antérieure de la paroi vaginale a été faite dans 68,75% des cas. Elle a été complétée par une plastie postérieure dans les cystocèles de 3^{ème} degré dans 31,25%. Sidibé a eu 50% de myorraphie des releveurs. Les interventions par voie basse font courir le risque d'accidents chirurgicaux (lésion rectale et vésicale, hémorragie) [14]. Ainsi en postopératoire une hémorragie a été retrouvée chez 37,5% des patientes et une infection dans 18,75% des cas. Sidibé a trouvé 5% d'infection. Nous pensons que les conditions d'hygiène médiocres de notre bloc opératoire et les facteurs liés aux patientes elles-mêmes sont responsables de notre taux élevé de complications.

Après 6 mois de suivi les patientes étaient revues et 62,5% avaient un bon résultat anatomique et 68,75% un bon résultat fonctionnel. Le résultat anatomique était mauvais dans 6,25%. Les

résultats anatomiques n'ont pas été fonction du type de plastie ($P>0,05$).

CONCLUSION

La cystocèle est fréquente au Mali chez les femmes jeunes. Elle est le plus souvent liée aux séquelles traumatiques obstétricales. Un diagnostic et une prise en charge rapide amélioreront le pronostic.

REFERENCES

1. **Lansac J, Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien. Paris SIMPRP, 1989 : 510 P.
2. **Musset R et Poitout P.** Les prolapsus génitaux. Encyclopédie médicochirurgicale : Gyn 220 A 10 Paris 1970 :1-15
3. **Pierre Bernard.** Prolapsus génital et incontinence urinaire chez la femme. Corpus médical. Septembre 2002.
4. **Thimoté D.** Contribution à l'étude des prolapsus génitaux : bases anatomiques, étiopathologiques et indications thérapeutiques à l'hôpital Gabriel Touré : à propos de 63 cas. Thèse de médecine, Bamako 1987, N° 47.
5. **Dian Sidibé.** Le prolapsus génital dans le service de gynécologie obstétricale de l'hôpital National du Point G : à propos de 128 cas. Thèse de médecine, Bamako 1998, N° 47
6. **Querleu D, Creping et Blanc B.** Prolapsus génitaux : éditions techniques. Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris-France). Gynécologie 290 A 10 1991:14P
7. **Colombeau Pierre, Hodonou Réné, Paul HA Pascal.** Cystocèle. Maladie de la vessie, 2002 ; 52 (1) : 49-53
8. **Mandron E, Bryckaert PE.** Prolapsus et colpocèle antérieure. Double promontofixation coelioscopique. Annales d'urologie, 2005 ; 39 : 247-256
9. **Dial MB.** Les prolapsus génitaux (bilan de 104 cas colligés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar). Thèse de médecine, Dakar 1990, N° 7.
10. **Weitel HK, Jaluvkav, Oprif.** Colpohysterectomy, a contribution to gynecology geriatric surgery .Gebrurtshilfe und frauenheil kund, 2005; 55(2):73-6
11. **Paecock LM, Wiskind AK, Wall LL.** Clinical futures of urinary incontinence and urogenital prolapses in a black inner city population. American journal of obstetrics and gynecology, 2004; 171 (6): 1464-71.
12. **Eulalie KKA.** Les prolapsus génitaux à des stades opérables: étude de 31 cas au CHU de Yopougon. Thèse de médecine. République de Côte d'Ivoire 1996, N° 1746
13. **Hapella M, Gana J, Safai K, Vincelot A, Aubard Y.** Gynécologie obstétrique et fertilité, 2005; 33: 857-860
14. **Ansquer Y, Marcollet A, Alves K, Frain V, Poncelet C, Thoury A et al.** Cystocèle repair by synthetic vaginal mesh anteriorly through the obturator foramen. Eurj Obstet Gynecol Reprod Boil, 2004; 115: 90- 94.